Automobile Injury Compensation Appeal Commission

Annual Report 2004 - 2005

Manitoba

Manitoba

Finance
Consumer and Corporate
Affairs Division

Automobile Injury Compensation
Appeal Commission

301-428 Portage Avenue
Winnipeg MB R3C 0E2
CANADA

Phone No: (204) 945-4155
Fax No: (204) 948-2402
Toll Free: (within Manitoba)
1-800-282-8069
E-Mail: autoinjury@gov.mb.ca

The Honourable Greg Selinger
Minister of Finance
Room 103
Legislative Building
450 Broadway
Winnipeg, MB R3C OV8

Dear Minister:

Section 180(1) of the Manitoba Public Insurance Corporation Act states that within six months after the end of each fiscal year, the Chief Commissioner shall submit an annual report to the Minister respecting the exercise of powers and the performance of duties by the Commission and include the significant decisions of the Commission and the reasons for the decisions.

I am pleased to enclose herewith the Annual Report of this Commission for the fiscal year ending March 31st, 2005 including a summary of significant decisions.

Cordially yours,

MEL MYERS, Q.C.,
CHIEF COMMISSIONER

ANNUAL REPORT FOR THE FISCAL YEAR 2004/2005 OF THE AUTOMOBILE INJURY COMPENSATION APPEAL COMMISSION

General

The Automobile Injury Compensation Appeal Commission ('the Commission') is a specialist tribunal, established to deal with appeals arising with respect to claims under the Personal Injury Protection Plan (PIPP) of Manitoba Public Insurance Corporation ('MPIC'), more commonly known as the 'no-fault insurance program.'

The Commission was established under The Manitoba Public Insurance Corporation Act ('the Act'), which, amongst other things, outlines the powers and responsibilities of the Commission regarding the processing of appeals.

2004/2005 was the eleventh full year of the operations of the Commission which now has a complement of twenty six persons: three full-time commissioners, seventeen part-time commissioners, a director, two appeals officers, the secretary to the chief commissioner and two administrative assistants. 226 individuals filed appeals with the Commission respecting 250 MPIC decisions for the 2004/2005 year. This compares with 189 individuals filing appeals respecting 234 MPIC decisions in the 2003/2004 year. Most of the appeals heard during the 2004/2005 fiscal year relate to injuries sustained in prior years - some as early as 1994. As each year passes the resultant files, in many cases, increase in volume and time spent to review. This is due, in part, to the fact that, when injuries are of a comparatively serious nature and the insurer's initial liability is not disputed, a claimant may be in receipt of income replacement, medical treatment or other coverage from MPIC for an extended period; in such cases, it is only when MPIC decides to terminate benefits that the appeal process is sometimes initiated.

The Appeal Process

Prior to filing an appeal with the Commission, claimants who have sustained a personal injury caused by an automobile accident and who feel themselves aggrieved by a decision of MPIC must have that decision reviewed by the Corporation's Internal Review Officer. Claimants have 60 days to ask for a review.

The Internal Review Officer gives his or her decision in writing, with the reasons for that decision. A claimant who is still dissatisfied may then file a Notice of Appeal with the Commission within 90 days of the review decision. Rights of appeal are explained to the claimant in writing at each step in the processing of a claim.

The Commission can extend the deadline for filing appeals. Claimants who have furnished persuasive reasons for missing the 90-day deadline have been granted extensions. The Commission will continue to consider reasonable requests.

Once a Notice of Appeal has been filed with the Commission, the appellant's complete file is obtained from MPIC. Commission staff review the file and, based on the issue(s) under appeal, create an index of all relevant contents. A copy of the indexed material is provided to both parties. A date is then set for the hearing of that appeal. The Commission makes every effort to hold a hearing with a minimum of delay while, at the same time, attempting to accommodate the appellant and MPIC. So as to avoid last minute adjournments, the Commission's practice is to set hearing dates only when both parties can confirm that they do not anticipate producing any further medical or other written reports.

A panel of three commissioners, who comprise the quorum prescribed by the Act, hears appeals. 176 hearings and 18 pre-hearing meetings were held in the 2004/2005 fiscal year compared with 147 hearings and 19 pre-hearing meetings held in 2003/2004. Hearings are informal, with the majority of appellants acting without legal representation. The Commission is not bound by the rules of evidence followed by the courts. When viable, the Commission travels to hearings outside of Winnipeg. On occasion, where an appellant lives or works some distance out of Winnipeg, the commissioners have, with the approval of the parties, conducted a hearing by teleconference, using a 'speaker-phone' in the hearing room to enable complete communication between all interested persons. This procedure is useful in particular when few, if any, of the relevant facts are in dispute and it is therefore unnecessary for the panel to weigh evidence and determine credibility. The teleconference call has the added virtue of saving the expense of either bringing the appellant in to the city (sometimes from long distances) or having the entire panel travel to the area where the appellant lives. If, in the course of a telephone hearing, it becomes apparent that the Commission needs actually to see one or more witnesses, the matter will be adjourned for that purpose.

Appellants and MPIC may bring forward new evidence, either written or in the form of oral testimony, to be used at the hearing, in which event they are required to disclose it to the other side in reasonable time prior to the hearing. The commissioners weigh the evidence and the arguments of both the appellant and MPIC in arriving at each decision.

After the hearing, the Commission issues its decision, which, according to the Act may:

(a) confirm, vary or rescind MPIC's review decision; or
(b) make any decision that MPIC could have made.

Decisions, accompanied by the reasons for those decisions, are normally sent to the appellant and to MPIC in writing. A delay in issuing decisions may occur when the commissioners find it necessary to seek further, independent, expert evidence, in which case that evidence is promptly shared with both parties, who are given an opportunity to respond to it before the Commission's decision is finalised.

All of the Commission's reasons for its decisions (other than those that merely adopt the reasons of MPIC's Internal Review Officer) are available for viewing at the Commission's office. The decisions are also available through QuickLaw, which is a Canadian company that maintains an electronic database of decisions rendered by courts and tribunals across the country. They are available on a commercial basis. This service should be of particular value to claimants, or representatives who appear at the Commission's hearings.

The Commission's decision is binding, subject only to a right of appeal to the Manitoba Court of Appeal on a point of law or a question of jurisdiction, and then only with prior leave from that Court. There were six applications for Leave to Appeal in the 2004/2005 year. The Court of Appeal granted leave for three of the applications. In the Commission's eleven years of operation the Court of Appeal has granted Leave to Appeal on only seven applications.

In 2004/05 there was one application for Leave to Appeal from the Court of Appeal to the Supreme Court of Canada. That application has been heard and dismissed.

Approximately 27% of appeals heard by the Commission during the year succeeded in whole or in part.

Significant Decisions

1. The appellant appealed an MPIC Internal Review decision that denied further funding for a resource aide.

   As a result of a motor vehicle accident the appellant sustained a closed head injury and a cervical spine injury and was rendered a quadriplegic in a vegetative state. The appellant was placed in a facility providing chronic care. MPIC had provided funding for a resource aide/companion for the appellant for several years and subsequently terminated the funding on the basis that it was not medically required. In the Internal Review decision MPIC noted that the services being provided fell outside of rehabilitative or personal care provisions.

   The appellant's representative submitted that the care and services provided by the resource aide/companion were needed to compliment the basic care provided by the nursing staff at the care facility. The representative submitted that without the services of a resource aide/companion, there would be little, if any, attention or care provided to the appellant beyond attending to basic needs. The appellant's resource aide/companion was called as a witness and outlined the services provided on a regular basis. The representative further submitted that MPIC was estopped from denying the benefit. The representative stated that MPIC provided benefit for 8 ½ years and that nothing had changed during that time to warrant terminating the entitlement.

Counsel for MPIC submitted that the appellant does not qualify within the provisions of the applicable sections of the MPIC Act and accordingly there is no entitlement to funding for a resource aide/companion in this case.

Counsel for MPIC submitted that the appellant's basic needs are met by the care provided at the care facility. In addition, counsel for MPIC submitted that there is no authority within the act to provide for the reimbursement of this expense, since the care is not expressly provided for in the Regulations and the care does not meet an occupational, educational or vocational rehabilitation purpose. Counsel maintained that there is no rehabilitative benefit for the appellant through the care provided by the resource aide/companion. As a result counsel for MPIC submitted that the appeal should be dismissed.

The relevant sections of the Act and the Regulations in this case provide for reimbursement of personal home assistance expenses. The Regulations provide a method of evaluating the needs of a victim relating to assistance requirements for certain essential activities of everyday life including the use of available facilities.

In this case the appellant is completely dependant on assistance to carry out each of the activities specified. This includes the ability to make use of the facilities regularly used by family members as well as the use of public services and neighborhood facilities.

While the Commission agreed that the nursing staff at the care facility provided the requisite care to meet the appellant's requirements respecting most of the essential activities of everyday life, the Commission found that the staff at the care facility did not provide the appellant appropriate use of available facilities. The Commission relied on both the evidence of the appellant's resource aide/companion as well as a note written by the MPIC Case Manager at the time of a meeting with a staff member of the care facility. The Commission found that it was the resource aide/companion who provided many of the services contemplated by the regulations in its evaluation of a victim's needs.

The Commission therefore determined that the appellant was entitled to reimbursement of the expenses incurred for the services provided by the resource aide/companion in order to assist the appellant with the use of available facilities and directed MPIC to determine the amount of the expenses to be reimbursed. The Commission retained jurisdiction in the matter so that either party could refer to the matter back to the Commission if the parties were unable to agree to the actual amount of reimbursement.

2. The appellant appealed an MPIC decision in which the Internal Review Officer found that the appellant did not have a "reasonable excuse" for failing to present her Application for Compensation claim within the two years after the day of the accident as required under the MPIC Act.

The appellant was involved in her first motor vehicle accident prior to the establishment of the no-fault insurance program in Manitoba. The appellant retained legal counsel (not the same legal counsel representing the appellant in this appeal) who commenced a tort action in the Court of Queen's Bench.

In 1994 tort liability for accidents was abolished and Manitoba residents injured in accidents outside of Manitoba could claim no-fault benefits from MPIC with MPIC being subrogated to the rights of the injured party according to the local law.

In 1995 the appellant was injured in a motor vehicle while in Ontario. At the time the appellant commenced legal proceedings in Ontario and did not make a claim to MPIC. In 1996 the appellant's counsel submitted a medical report to MPIC together with prescription receipts covering a period of time before and after the 1995 accident as well as a claim for physiotherapy. Legal proceedings in respect of the 1995 accident were commenced in Ontario in 1997.

In 2000 the appellant changed counsel. New counsel wrote to MPIC requesting the appropriate claim forms in order that the appellant may request an extension of time to file a claim in respect of the 1995 accident. MPIC determined that there was no reason that the appellant failed to make a claim within the two year limitation period.

In a submission before the Commission, the appellant's counsel submitted two arguments:

(a) the appellant's counsel submitted that the appellant made a timely claim for compensation in respect of the 1995 accident and also submitted that the Act does not set out a process for making an application for compensation. MPIC's counsel agreed that there is no regulation in force setting out the requirements for an application for compensation but states that the appellant did not make such application within the two year period.

The appellant's legal counsel submitted that the appellant made a claim for prescription expenses in April 1996. Although legal counsel requested payment of the expenses in respect of the 1991 accident, the MPIC case manager treated it as a claim in respect of the 1995 accident and on a number of occasions advised the appellant's counsel that they would not consider any request for payment unless further documentation was provided. In addition MPIC was in receipt of a medical report that clearly stated that the appellant was involved in an accident in 1995. The appellant's legal counsel therefore asserted that a claim for compensation was made to MPIC within two years of the 1995 accident.

MPIC's legal counsel acknowledged that the appellant's legal counsel did make a request for reimbursement for prescription and physiotherapy expenses but intended that the claim related to the 1991 accident and not the

1995 accident. As a result, MPIC's legal counsel submitted that the appellant did not make a claim for compensation within the two years as required under the Act.

(b) The appellant's counsel submitted that if the Commission rejected the submission in respect to the first ground of appeal, that in the alternative the Commission should find that the appellant had a reasonable excuse for failing to make a claim for compensation within two years of the accident and as a result MPIC erred in failing to extend the time in order for the appellant to do so.

At the appeal hearing the appellant testified that she retained the same counsel to act for her respect both the 1991 and the 1995 motor vehicle accidents. She stated that this legal counsel was negligent in failing to file an application for compensation to MPIC within the two year period and she had no knowledge of the requirement. The appellant stated that she relied on her counsel to protect her interests in that respect and she did not act in any fashion to cause a delay in filing the application.

MPIC's legal counsel submitted that the appellant had not demonstrated that she had a reasonable excuse that would permit the Commission to extend the time to allow the appellant to seek benefits. MPIC stated that the appellant's counsel chose to pursue the claim in Ontario rather than in Manitoba and that choice did not constitute a reasonable excuse for failing to seek benefits under the Act. MPIC's legal counsel also submitted that the appellant caused a lengthy delay in filing the application for Compensation and that as a result MPIC suffered a significant prejudice in this delay. MPIC submitted it was prejudiced in determining the issue of causation, in its ability to determine whether or not the appellant was entitled to Income Replacement Indemnity benefits and that it was delayed in taking any active role in the case management in respect of any retraining and rehabilitation initiatives. MPIC referred to a decision of the court in support of its position.

In order to determine whether a timely application was made, the Commission reviewed the relevant correspondence between the appellant's former legal counsel and MPIC's case manager. The Commission further noted that the form of an application for compensation is not set out in regulations and as a result can be made either verbally or in writing in a manner that clearly indicates that an application for payment is being made to MPIC in respect of a motor vehicle accident.

With respect to the first argument, the Commission found that the documentary evidence filed established that the application for reimbursement was made in April 1996 and therefore fell within the two year time limit set out in the Act. The Commission further determined that the appellant was a claimant within the meaning of the Act.

With respect to the second argument and having regard to the legal principles set out by the Court, in determining whether or not the appellant provided a reasonable excuse, the Commission must take into account such matters as the length of the delay and the prejudice resulting from it, the conduct of the appellant in contributing to the delay, and whether the appellant had waived the right to apply for compensation under the Act.

After careful review of all of the circumstances in this appeal the Commission was satisfied that although the delay in filing an application for compensation was lengthy it did not prejudice MPIC's defense. It also found that the conduct of the appellant did not cause the delay, nor did the appellant waive the right to apply for compensation. The Commission accepted the explanation that the appellant relied on counsel to make the appropriate timely applications and had no knowledge of the time limits under the Act. The Commission found that in these circumstances the appellant's explanation for making a timely application was reasonable and that a refusal to extend the time limits would result in an obvious and substantial injustice to the appellant while to permit an extension of time would not work any substantial injustice to the appellant nor would it prejudice MPIC's defense. The Commission therefore ordered that the appellant's application for compensation be referred back to an MPIC case manager for a determination of the appellant's entitlement to Personal Injury Protection Plan benefits.

3. In this case the appellant appealed a decision of MPIC which terminated entitlement to Income Replacement Indemnity benefits.

At the appeal hearing, the appellant submitted that he sustained injuries to his neck and back as a result of the motor vehicle accident. The appellant's employment required driving a vehicle several hours a day. The injuries caused a great deal of pain and headaches and as a result, he was not able to continue employment and has been unable to work since that time. Approximately two hours after the motor vehicle accident, the appellant attended at the office of a chiropractor. The chiropractor was not made aware that the appellant had been involved in a motor vehicle accident until four months later. The appellant attended at a family physician approximately 3 ½ months after the accident. The appellant stated that he did not see a doctor initially and continued to work believing that the injuries would resolve themselves. The appellant denied that prior to the accident he suffered any significant back or neck pain or headaches which prevented him from working. The appellant submitted that MPIC erred in terminating benefits because he was unable to work due to the injuries sustained in the motor vehicle accident.

Counsel for MPIC submitted that on a balance of probabilities, the medical reports established that the motor vehicle accident did not prevent the appellant from working, the injuries had resolved themselves shortly after the accident, and the appellant's present medical complaints arose subsequent to the accident and were not caused by the accident.

The Commission reviewed the appellant's testimony, the submissions of both parties and all of the medical documentation on file. The Commission accepted the medical opinion that it would be reasonable to assume that had the appellant's current symptoms developed immediately following the accident, the appellant would have sought treatment for those symptoms immediately after the accident but the appellant did not do so. The Commission accepted the submission that it was only after the appellant self-determined a disability and terminated employment that the appellant attended at a physician for treatment in respect of complaints relating to the motor vehicle accident. The Commission also accepted the medical opinion that subsequent to the appellant's termination of employment, any injuries sustained in the motor vehicle accident had resolved at the time of attending at the physician's office. The Commission therefore concluded that any injuries the appellant sustained in the motor vehicle accident would not have prevented the appellant from returning to work and had resolved themselves by the time MPIC terminated Income Replacement Indemnity benefits. The Commission further concluded that any symptoms that the appellant complained at the time the MPIC benefits were terminated were not caused by the accident but occurred several months after the accident had taken place.

The Commission found that MPIC had correctly interpreted the MPIC Act and Regulation in terminating the appellant's entitlement to Income Replacement Indemnity benefits and confirmed the Internal Review Officer's decision.

4. The appellant appealed an MPIC Internal Review decision in which MPIC refused to grant the appellant an extension of time to file an application for review of the case manager's decision. It was MPIC's decision that the appellant had failed to provide a reasonable excuse for failing to meet the 60-day deadline.

As a result of injuries sustained in a motor vehicle accident in 1998 the appellant was unable to return to work and was in receipt of Personal Injury Protection Plan benefits from MPIC.

In May 2002, the case manager wrote to the appellant in response to the appellant's request for reimbursement of various expenses. The case manager indicated that MPIC would not reimburse the appellant for two of the receipts. The case manager advised that once further medical information was received, it would determine the appellant's entitlement to further benefits. The letter did not indicate whether or not MPIC intended to pay for the other six expenses the appellant had submitted. The letter advised that if the appellant was not satisfied with the decision, the appellant would have to submit an application form to MPIC requesting a review of the decision within 60 days.

As relations had been strained between the case manager and the appellant, MPIC retained a vocational rehabilitation consultant to act as a messenger between them. In June 2002, the appellant wrote the consultant stating she did not understand the case manager's decision respecting which expenses were paid and which were denied. The

appellant requested clarification in this regard in order to decide whether or not to appeal the decision. The appellant further requested that if the information was not available, that the required paperwork to initiate an appeal be forwarded to her. Over the course of several weeks, the appellant contacted the consultant's office on several occasions requesting a response to the request for information. In September 2002 the consultant provided clarification of the case manager's decision.

In his May 2003 decision respecting a separate issue, the Internal Review Officer commented that no application for review was ever filed with respect to the May 2002 case manager's decision. In response the appellant filed an application for review stating that her discussions with the case manager during the months following the decision should be deemed an appeal. She stated that she had attempted to have her questions answered for 80 days and finally gave up. The Internal Review Officer replied that no request for review was made and nothing in the current review constituted a reasonable excuse for failing to request a review within the statutory time period.

The Commission found that the case manager's letter of May 2002 was unclear and raised a number of questions that the appellant needed to have clarified. The Commission noted that the appellant's letter requesting clarification was sent within the 60-day period in which an Application for Review can be made. The Commission further noted that a period of 97 days had elapsed between the case manager's letter and the letter of explanation and that the appellant never received the forms for the Application for Review from the case manager. The Commission determined that the appellant's request for clarification before filing for a review and the request for the appropriate forms to do so were reasonable requests. The Commission further determined that the failure of the case manager to provide the clarification requested in a timely manner and to provide the appropriate forms to request a review were without justification and directly contributed to the appellant's failure to file a timely application.

The Commission found that MPIC failed to carry out its statutory duty to advise and assist the appellant in a fair and effective manner in her attempt to challenge the case manager's decision. Having regard to the unfair and unreasonable manner in which MPIC dealt with the appellant, the Commission found that the Internal Review Officer erred in rejecting the appellant's Application for Review on the grounds that it was untimely. In the alternative, if the appellant's application was untimely, the Commission found that MPIC directly contributed to the failure of the appellant to file a timely Application for Review. In addition, having regard to the unreasonable manner in which MPIC dealt with the appellant in attempting to challenge the case manager's decision, the appellant's psychological condition was exacerbated resulting in an inability to cope effectively during that period of time. The Commission was therefore satisfied that the appellant had a reasonable excuse for failing to file a timely application. The Commission ordered that the appellant's claim be referred back to the Internal Review Officer to conduct an Internal Review in accordance with the provisions of the MPIC Act.

Appeals to the Court of Appeal

The Commission's decisions can be appealed to the Court of Appeal but only on a question of law or jurisdiction. The following are examples of where the appellant sought leave to appeal the Commission's decision.

1. The appellant filed a number of appeals with respect to various issues. On reviewing all available documentary evidence and on hearing the submissions made by the appellant and by counsel on behalf of MPIC, the Commission found that the appellant had not established, on a balance of probabilities, that the various expenses which were incurred, and for which the appellant claimed reimbursement from MPIC were related to injuries arising from the motor vehicle accident or are compensable under the MPIC Act and Regulations. The Commission further found that MPIC had correctly assessed the appellant's entitlement to certain permanent impairment benefits. The Commission dismissed the appellant's appeal on all issues.

   The appellant made Application for Leave to Appeal to the court of Appeal on the grounds that the Commission acted without jurisdiction and erred in law finding that the appellant was not entitled to the benefits claimed. In dismissing the application, the Court of Appeal found that all the matters referred to by the appellant arose from the claim for benefits arising out of injuries suffered in a motor vehicle accident. The Court of Appeal further noted that all the issues that the appellant wished to raise were of a factual nature and that the appellant had failed to identify any point of law that should merit consideration of the Court.

2. The appellant filed a number of appeals with respect to various issues. Prior to the hearing, the appellant advised the Commission that he was unable to proceed because MPIC had refused to provide him with all the relevant information he needed in order to prepare the appeal.

   The Commission set a pre-hearing meeting to deal with this issue. At the meeting the Commission indicated to the appellant that it had provided him with all of the material that the Commission had received from MPIC. Legal counsel for MPIC indicated that MPIC had not withheld any relevant information. The appellant was unable to provide the Commission with specific details as to what information he believed he was being denied access to, but objected to the Commission fixing a date for the hearing of the appeal as he felt he required at least one year in order to prepare.

   The Commission advised that since a significant period of time had elapsed since the time the appellant filed the appeal and due to concern that further delay might prejudice the hearing, the Commission fixed a date for hearing. The Commission further advised that if the appellant was able to identify specific documents relevant to the appeal which he believed were missing from the documents previously

provided to him, he was to advise the Commission's office and an investigation to locate the documents would follow.

Following the pre-hearing meeting, the appellant faxed a letter to the Commission outlining information he was requesting. The letter was forwarded to MPIC for response. MPIC's legal counsel advised that it had provided all the documentation to the appellant.

At the hearing into the merits, the appellant once again asked for further documents to be provided to him. MPIC legal counsel advised that he had provided all the documents to which the appellant was entitled. The appellant was not satisfied with the response and requested an adjournment. The Commission refused the appellant's request for an adjournment and proceeded with the hearing on the merits. The appellant took exception to the decision and left.

The hearing on the merits continued in the appellant's absence. Having regard to the evidence, the Commission found that the appellant had not established on a balance of probabilities that he was entitled to the benefits being claimed and that MPIC was justified in terminating the benefits as it did.

The appellant made Application for Leave to Appeal to the Court of Appeal on the grounds that the Commission did not allow the appellant to obtain the relevant documentation for the appeal. The Court of Appeal found that no question of law or jurisdiction had been raised. In particular, the court stated that the Commission had clearly addressed the appellant's concern about disclosure and that those concerns did not raise a question of law or jurisdiction.

Performance Targets

The Commission strives to hear and decide appeals fairly, accurately and with reasonable expedition. With this in mind, the Commission has established performance targets.

- The performance target for preparing the indexed file of material to be used at the hearing is five weeks after receipt of MPIC's file and all other additional material.
- The performance target for scheduling hearings is 6-8 weeks from the time the parties notify the Commission of their readiness to proceed.
- The performance target for rendering written decisions is 6 weeks following the hearing and receipt of all required information.

The Commission continues to experience a high volume of appeals filed. The high volume has resulted in the following average turnaround times for 2004/2005: 18 weeks to prepare the indexed file and 12 weeks from the time the parties are ready to proceed to a hearing and the actual hearing date. The Commission recognizes that this does not meet its performance targets and is making every effort to address this issue. Additional staff is being trained to prepare the indexed files. An additional Deputy Chief Commissioner has allowed for an increase in the number of hearings scheduled. The average turnaround time for rendering hearing decisions is 4.4 weeks.

Sustainable Development

The Commission is committed to the Province of Manitoba's Sustainable Procurement Practices plan. Commission staff is aware of the benefits of Sustainable Development Procurement. The Commission uses environmentally preferable products whenever possible and takes part in a recycling program for non-confidential waste.

Commission d'appel des accidents de la route

Rapport annuel 2004 - 2005

Manitoba

Manitoba

Finances

Commission d'appel des accidents de la route

428, avenue Portage
Bureau 301
Winnipeg (Manitoba) CANADA
R3C 0E2

Téléphone : (204) 945-4155
Sans-frais : 1-800-282-8069
FAX : (204) 948-2402
autoinjury@gov.mb.ca

Monsieur Greg Selinger
Ministre des Finances
Bureau 103
Palais législatif
450, Broadway
Winnipeg (Manitoba) R3C OV8

Monsieur le ministre,

En vertu du paragraphe 180(1) de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, dans les six mois qui suivent la fin d'un exercice, le commissaire en chef présente au ministre un rapport annuel concernant l'exercice des pouvoirs et des fonctions conférés à la Commission. Ce rapport fait état des décisions importantes de la Commission et des motifs de ces décisions.

J'ai l'honneur de vous présenter le présent Rapport annuel de la Commission des accidents de la route pour l'exercice terminé le 31 mars 2005, qui fait état des décisions importantes rendues au cours de cet exercice.

Veuillez agréez, Monsieur le ministre, l'expression de toute ma considération.

LE COMMISSAIRE EN CHEF,

MEL MYERS, c. r.

RAPPORT ANNUEL
DE LA COMMISSION D'APPEL DES ACCIDENTS DE LA ROUTE
POUR L'EXERCICE 2004-2005

Généralités

La Commission d'appel des accidents de la route (la Commission) est un tribunal spécialisé chargé d'entendre les appels interjetés relativement aux demandes d'indemnisation présentées en vertu du Régime de protection contre les préjudices personnels (RPPP) de la Société d'assurance publique du Manitoba (SAPM), connu couramment sous le nom de « programme d'assurance sans égard à la responsabilité ».

La Commission a été constituée sous le régime de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* (la *Loi*), qui prévoit notamment les pouvoirs et les attributions de la Commission en ce qui concerne le traitement des appels.

L'exercice 2004-2005 marquait la onzième année complète de fonctionnement de la Commission, qui compte maintenant un personnel de vingt-six personnes : trois commissaires à temps plein, dix-sept commissaires à temps partiel, un directeur, deux agents des appels, une secrétaire affectée au service du commissaire en chef et deux adjoints administratifs. En 2004-2005, la Commission a été saisie de 226 appels de particuliers portant sur 250 décisions de la SAPM. En 2003-2004, par comparaison, elle avait été saisie de 189 appels portant sur 234 décisions de la SAPM. La plupart des appels entendus pendant l'exercice 2004-2005 avaient trait à des blessures subies au cours d'années précédentes, certaines remontant à 1994. Dans bien des cas, les dossiers correspondants deviennent chaque année plus volumineux et plus longs à examiner. Cet état de choses est attribuable en partie au fait que les demandeurs qui subissent des blessures relativement graves peuvent recevoir des indemnités de remplacement du revenu, des remboursements des traitements médicaux et d'autres prestations de la SAPM pendant assez longtemps si l'assureur ne conteste pas sa responsabilité initiale. Dans ces cas, c'est uniquement lorsque la SAPM décide de mettre fin aux prestations qu'est parfois mis en branle le processus d'appel.

Processus d'appel

Les demandeurs qui ont subi un préjudice personnel attribuable à un accident de la route et qui s'estiment lésés par une décision de la Société d'assurance publique du Manitoba doivent faire revoir la décision en question par l'agent de révision interne de la Société avant d'interjeter appel devant la Commission. Les demandeurs ont 60 jours pour demander une révision de la décision.

L'agent de révision interne rend sa décision par écrit et fournit les motifs correspondants. Le demandeur qui n'est toujours pas satisfait peut alors déposer un avis d'appel devant la

Commission dans les 90 jours de la décision révisée. Les droits d'appel des demandeurs leur sont expliqués par écrit à chaque étape du traitement de la demande d'indemnisation.

La Commission peut prolonger le délai pour le dépôt des appels. La Commission a accordé des prolongations à des demandeurs qui n'ont pas respecté le délai prescrit de 90 jours, mais qui ont fourni des raisons convaincantes. Elle entend continuer à prendre en considération les demandes raisonnables.

Lorsqu'elle reçoit un avis d'appel, la Commission obtient de la SAPM le dossier complet de l'appelant. Le personnel de la Commission examine le dossier et, d'après les questions soulevées par l'appel, crée un index de tous les éléments importants. Une copie des documents indexés est fournie aux deux parties. Une date est alors fixée pour l'audition de l'appel. La Commission s'efforce d'entendre l'appel le plus rapidement possible tout en cherchant à concilier les besoins de l'appelant et de la SAPM. Afin d'éviter les ajournements de dernière minute, la Commission a adopté comme règle de ne fixer la date de l'audience que quand les deux parties ont confirmé leur intention de ne pas produire d'autres renseignements médicaux ou rapports écrits.

Un comité de trois commissaires (soit le quorum prévu par la *Loi*) entend les appels. Il y a eu 176 audiences et 18 conférences préparatoires pendant l'exercice 2004-2005, comparativement à 147 audiences et 19 conférences préparatoires en 2003-2004. Les audiences se tiennent de façon informelle, la plupart des appelants ne se faisant pas représenter par un conseiller juridique. La Commission n'est pas liée par les règles de la preuve que suivent les tribunaux. Lorsque cela est viable, la Commission se déplace pour tenir des audiences hors de Winnipeg. Il est arrivé que les commissaires tiennent, avec l'approbation des deux parties, des audiences par téléconférence, à l'aide d'un téléphone à haut parleur installé dans la salle d'audience afin de permettre à toutes les personnes intéressées de communiquer librement entre elles, lorsqu'un appelant demeurait ou travaillait à une certaine distance de Winnipeg. Cette façon de faire se révèle particulièrement utile lorsqu'il y a peu de faits pertinents, voire aucun, qui font l'objet d'une contestation et qu'il n'est donc pas nécessaire que le comité apprécie la preuve et détermine la crédibilité. Les conférences téléphoniques offrent l'avantage d'éliminer les frais qu'il faudrait engager pour faire venir l'appelant en ville (parfois de très loin) ou pour faire déplacer tout le comité jusqu'à l'endroit où vit l'appelant. S'il devient évident, au cours d'une audience téléphonique, que la Commission doit voir un ou plusieurs témoins, l'audience sera ajournée à cet effet.

Les appelants et la SAPM peuvent présenter de nouveaux éléments de preuve, soit par écrit, soit sous la forme de témoignages verbaux, qui seront utilisés à l'audience. Toutefois, en pareil cas, la partie qui présente les nouveaux éléments de preuve a l'obligation de les communiquer à l'autre partie dans un délai raisonnable avant l'audience. Les commissaires apprécient la preuve et les arguments des deux parties pour en arriver à leur décision.

Après l'audience, la Commission rend sa décision en conformité avec la *Loi*. Celle-ci prévoit que la Commission peut, selon le cas :

a) confirmer, modifier ou annuler la décision révisée de la SAPM;
b) rendre toute décision que la SAPM aurait pu rendre.

Les décisions, accompagnées des motifs à leur appui, sont normalement communiquées par écrit à l'appelant et à la SAPM. Les décisions peuvent parfois être retardées lorsque les commissaires jugent nécessaire de demander d'autres témoignages d'experts indépendants. Dans de tels cas, ces témoignages sont communiqués rapidement aux deux parties, qui ont la possibilité de réagir avant que la Commission ne rende sa décision définitive.

Tous les motifs des décisions de la Commission (à l'exception des motifs qui ne font que corroborer ceux de l'agent de révision interne de la SAPM) peuvent désormais être consultés au bureau de la Commission, ainsi que par l'entremise de QuickLaw, une compagnie canadienne qui gère une base de données électroniques des décisions des tribunaux et des cours de tout le pays. Ces décisions sont accessibles en contrepartie du paiement d'un droit. Ce service devrait être particulièrement utile aux demandeurs et aux représentants qui plaident aux audiences de la Commission.

La décision de la Commission est obligatoire. Seules les questions de droit ou de compétence peuvent faire l'objet d'un appel à la Cour d'appel du Manitoba et ce, uniquement avec l'autorisation de cette dernière. En 2004-2005, six demandes d'autorisation d'appel ont été présentées à la Cour d'appel, qui en a accepté trois. Au cours des onze années de fonctionnement de la Commission, seules sept demandes d'autorisation d'appel ont été acceptées par la Cour d'appel.

En 2004-2005, une demande d'autorisation de pourvoi à l'encontre d'un arrêt de la Cour d'appel a été présentée devant la Cour suprême du Canada. Cette demande a été entendue et rejetée.

Environ 27 % des appelants entendus au cours de l'exercice ont obtenu gain de cause, en tout ou en partie.

Décisions importantes

1. L'appelant a interjeté appel d'une décision prise par la SAPM à l'issue d'une révision interne de mettre fin au financement des services d'une personne de soutien.

   Victime d'un accident d'automobile au cours duquel elle a subi un traumatisme crânien fermé et une lésion à la colonne cervicale, l'appelante, devenue quadriplégique, est dans un état végétatif. Elle a été placée dans un établissement de soins pour malades chroniques. La SAPM a financé pendant plusieurs années à son intention les services d'une personne de compagnie et de soutien, et a ensuite mis fin à cette aide en soutenant qu'elle n'était pas médicalement nécessaire. Dans sa décision issue d'une révision interne, la SAPM a indiqué que les services fournis ne relevaient pas des dispositions concernant les soins personnels ou de réadaptation.

Le représentant de l'appelante a avancé que les soins et services fournis par la personne de compagnie et de soutien étaient nécessaires pour compléter les soins de base prodigués par le personnel infirmier de l'établissement de soins. Ce représentant a indiqué que sans cette aide complémentaire, l'appelante ne bénéficierait d'aucun ou de très peu de soins ou d'attention au-delà des besoins essentiels. La personne de compagnie et de soutien de l'appelant a été appelée à comparaître et a décrit les services habituellement fournis. Le représentant a ensuite déclaré que la SAPM n'avait pas le droit de refuser la prestation, en précisant que l'aide avait été financée par la SAPM pendant huit ans et demi et que rien n'avait changé pendant ce temps pour justifier l'extinction de ce droit.

L'avocat de la SAPM a fait savoir que l'appelante n'était pas admissible à cette aide en vertu des dispositions des articles applicables de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* et qu'il n'existait donc dans ce cas aucun droit au financement d'une personne de compagnie et de soutien.

L'avocat de la SAPM a soutenu que les soins fournis par l'établissement de soins satisfaisaient aux besoins essentiels de l'appelant. Il a également indiqué que la *Loi* ne prévoyait en aucune façon le remboursement de cette dépense, car les services de compagnie et de soutien ne sont pas expressément prévus dans la réglementation et qu'ils n'ont pas un objectif professionnel, éducatif ou de réadaptation professionnelle. L'avocat a soutenu que l'appelante ne retirait des services de compagnie et de soutien aucun bénéfice du point de vue de la réadaptation. Il a donc recommandé le rejet de l'appel.

Dans ce genre de cas, les articles applicables de la *Loi* et de la réglementation prévoient le remboursement des dépenses d'aide personnelle à domicile. La réglementation définit une méthode pour évaluer les besoins d'une victime relativement à l'aide pour certaines activités essentielles de la vie quotidienne, y compris l'usage des installations disponibles.

Dans ce dossier, l'appelante dépend entièrement d'une aide pour exécuter chacune des activités mentionnées, en particulier l'usage des installations fréquentées régulièrement par des personnes de sa famille et l'usage des services publiques et des installations du quartier.

Même si la Commission a convenu que le personnel infirmier de l'établissement de soins fournissait les soins nécessaires pour satisfaire aux besoins de l'appelante relativement à la plupart des activités essentielles de la vie quotidienne, elle a jugé que le personnel ne donnait pas à l'appelante un accès suffisant aux installations disponibles. La Commission s'est fondée sur le témoignage de la personne de compagnie et de soutien de l'appelante ainsi que sur une note écrite par le gestionnaire de cas de la SAPM à l'occasion d'une rencontre avec un employé de l'établissement de soins. Elle a aussi conclu à l'issue de son évaluation des besoins de l'appelante que c'était la personne de compagnie et de soutien qui fournissait un grand nombre des services prévus par la réglementation.

La Commission a donc décidé que l'appelante avait le droit au remboursement des dépenses engagées pour les services fournis par la personne de compagnie et de soutien afin d'aider l'appelant à utiliser les installations disponibles, et elle a ordonné à la SAPM de calculer le montant des dépenses remboursables. La Commission a déclaré qu'elle demeurait compétente dans cette affaire de manière à ce que l'une ou l'autre des deux parties puisse renvoyer l'affaire devant la Commission si les parties ne parvenaient pas à se mettre d'accord sur le montant réel du remboursement.

2. L'appelante a interjeté appel d'une décision prise par la SAPM dans laquelle l'agent de révision interne jugeait que l'appelante n'avait pas « d'excuse valable » justifiant le fait qu'elle n'a pas présenté sa demande d'indemnisation dans les deux ans suivant le jour de l'accident, comme le stipule la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*.

L'appelante avait eu son premier accident d'automobile avant l'établissement du programme d'assurance sans égard à la responsabilité au Manitoba. Elle avait fait appel à un avocat (différent de celui qui la représentait dans cet appel) qui avait intenté une action en responsabilité délictuelle devant la Cour du Banc de la Reine.

En 1994, la responsabilité délictuelle en cas d'accident a été abolie et les résidants du Manitoba blessés dans des accidents hors du Manitoba pouvaient demander à la SAPM des indemnités sans égard à la faute, la SAPM étant subrogée aux droits de la partie lésée en vertu de la législation locale.

En 1995, l'appelante a été blessée dans un accident de voiture en Ontario. À cette époque, elle a entamé une action en justice en Ontario et n'a pas présenté de demande d'indemnisation à la SAPM. En 1996, l'avocat de l'appelante a présenté à la SAPM un rapport médical ainsi que des reçus d'ordonnances correspondant à des périodes précédant et suivant l'accident de 1995, ainsi qu'une demande de remboursement de services de physiothérapie. La procédure concernant l'accident de 1995 a débuté en Ontario en 1997.

En 2000, l'appelante a changé d'avocat. Le nouveau conseiller juridique a écrit à la SAPM en demandant les formulaires nécessaires de manière à ce que l'appelante puisse solliciter un report de la date limite pour la présentation de sa demande concernant l'accident de 1995. La SAPM a décidé que l'appelante n'avait aucune raison de ne pas avoir présenté de demande dans le délai imparti de deux ans.

Dans les observations déposées devant la Commission, l'avocat de l'appelante a présenté les deux arguments suivants :

a) Selon son avocat, l'appelante a fait sa demande d'indemnisation concernant l'accident de 1995 dans les délais opportuns et la *Loi* ne prévoit pas de processus pour le dépôt d'une demande d'indemnisation. L'avocat de la SAPM a convenu qu'aucune disposition réglementaire n'établissait de règles pour le dépôt d'une

telle demande, tout en indiquant que l'appelante n'avait pas présenté sa demande dans le délai imparti de deux ans.

L'avocat de l'appelante soutenait également que sa cliente avait présenté une demande de remboursement de dépenses liées à des médicaments en avril 1996. Même si l'avocat demandait le paiement des frais associés à l'accident de 1991, le gestionnaire de cas de la SAPM a traité cette demande comme si elle concernait l'accident de 1995 et a à plusieurs reprises prévenu l'avocat de l'appelante que la Société ne donnerait en aucun cas suite aux demandes de paiement tant que des documents complémentaires n'auraient pas été présentés. De plus, la SAPM avait reçu un rapport médical indiquant clairement que l'appelante avait eu un accident en 1995. L'avocat de l'appelante affirmait donc qu'une demande de remboursement avait été déposée devant la SAPM dans les deux ans suivant l'accident de 1995.

L'avocat de la SAPM a reconnu que le représentant de l'appelante avait effectivement fait une demande de remboursement pour des dépenses liées à des médicaments et à des services de physiothérapie, tout en précisant que la demande se rapportait à l'accident de 1991 et non à celui de 1995. L'avocat de la SAPM soutenait donc que l'appelant n'avait pas présenté de demande d'indemnisation dans le délai de deux ans prévu par la *Loi*.

b) L'avocat de l'appelante a affirmé que si la Commission rejetait l'argument concernant le premier moyen d'appel, elle devait par contre juger que l'appelante avait une excuse valable pour ne pas avoir déposé sa demande d'indemnisation dans les deux ans qui ont suivi l'accident et que la SAPM avait donc fait erreur en ne prolongeant pas le délai prévu à cet effet pour l'appelante.

À l'audience d'appel, l'appelante a fait savoir qu'elle avait été représentée par le même avocat pour les accidents de voiture de 1991 et de 1995. Elle a indiqué que cet avocat avait fait preuve de négligence en omettant de déposer une demande d'indemnisation devant la SAPM dans le délai de deux ans et qu'elle ignorait tout de ce délai. Elle a affirmé qu'elle s'en était remise à son avocat pour la protection de ses intérêts à cet égard et qu'elle n'avait rien fait qui aurait contribué à retarder le dépôt de la demande.

L'avocat de la SAPM soutenait que l'appelante n'avait pas démontré avoir une excuse valable qui aurait permis à la Commission de prolonger le délai afin qu'elle puisse solliciter des indemnités. La SAPM a fait savoir que l'avocat de l'appelante avait choisi de faire la demande en Ontario plutôt qu'au Manitoba et que ce choix ne constituait pas une excuse valable pour omettre de demander des indemnités en vertu de la *Loi*. L'avocat de la SAPM a également indiqué que l'appelante avait beaucoup tardé à déposer la demande d'indemnisation et que la SAPM avait ainsi subi un préjudice important. Selon la SAPM, ce préjudice concernait la question du lien de causalité, sa capacité à établir si l'appelante avait droit à l'indemnité de remplacement du revenu et le retard concernant toute

contribution active dans la gestion du dossier relativement à toute initiative de recyclage et de réadaptation. La SAPM a cité une décision de la cour à l'appui de sa position.

Afin de déterminer si la demande avait été présentée de manière opportune, la Commission a étudié la correspondance pertinente entre l'ancien avocat de l'appelante et le gestionnaire de cas de la SAPM. Elle a également constaté que la réglementation n'établit pas la forme que doit revêtir une demande d'indemnisation et que celle-ci peut donc être faite oralement ou par écrit dans la mesure où l'on indique clairement qu'une demande d'indemnisation est présentée à la SAPM concernant un accident d'automobile.

En ce qui concerne le premier argument, la Commission a jugé que la preuve documentaire déposée établissait que la demande de remboursement avait été faite en avril 1996 et que le délai de deux ans stipulé dans la *Loi* avait donc été observé. La Commission a de plus établi que l'appelante était un demandeur au sens de la *Loi*.

En ce qui concerne le deuxième argument et les principes juridiques établis par la Cour, la Commission devait pour déterminer si l'appelante avait fourni une excuse valable tenir compte de facteurs comme l'ampleur du retard et le préjudice qui en a découlé, la contribution de l'appelante au retard par ses actes et la renonciation possible par l'appelante du droit de demander des indemnités en vertu de la *Loi*.

Une étude approfondie de toutes les circonstances associées à cet appel a convaincu la Commission que le retard dans le dépôt de la demande d'indemnisation, même s'il était important, n'avait pas porté préjudice à la défense de la SAPM. La Commission a également conclu que l'appelante n'avait pas par ces actes causé ce retard et qu'elle n'avait pas renoncé à son droit de demander des indemnités. La Commission a accepté l'explication selon laquelle l'appelante s'en était remise à son avocat pour la présentation des demandes dans les délais opportuns, en ignorant tout des délais stipulés par la *Loi*. La Commission a jugé que, dans ces circonstances, l'explication de l'appelante concernant le dépôt d'une demande opportune était valable et que le refus de proroger le délai ferait subir à l'appelante une injustice importante et évidente, alors que cette prorogation ne causerait aucune injustice substantielle à l'appelante ni aucun préjudice à la défense de la SAPM. La Commission a donc ordonné que la demande d'indemnisation de l'appelante soit renvoyée au gestionnaire de cas de la SAPM pour que soit établi le droit de l'appelante à des prestations du Régime de protection contre les préjudices personnels.

3. Dans cette affaire, l'appelant avait interjeté appel d'une décision de la SAPM qui mettait fin à son droit à une indemnité de remplacement du revenu.

À l'audience de l'appel, l'appelant a indiqué avoir subi des blessures au cou et au dos attribuable à l'accident d'automobile. Dans le cadre de son emploi, l'appelant devait conduire un véhicule plusieurs heures par jour. Du fait des lésions, il souffrait considérablement, en particulier de maux de tête, et n'a donc pas pu conserver son

emploi. Il a été dans l'incapacité de travailler depuis lors. Environ deux heures après l'accident d'automobile, l'appelant s'est rendu au cabinet d'un chiropraticien. Celui-ci n'a été informé de l'accident d'automobile que quatre mois plus tard. L'appelant a consulté un médecin de famille environ trois mois et demi après l'accident. Il a indiqué ne pas avoir consulté de médecin au départ et avoir continué à travailler en pensant que les blessures allaient guérir d'elles-mêmes. Selon l'appelant, avant l'accident, il ne souffrait ni de maux de tête ni d'aucune douleur grave au dos ou au cou au point de ne pouvoir travailler. L'appelant soutenait que la SAPM avait fait erreur en mettant fin à ses indemnités, car il ne pouvait pas travailler en raison des blessures imputables à l'accident d'automobile.

L'avocat de la SAPM a déclaré que, selon la prépondérance des probabilités, les rapports médicaux établissaient que les conséquences de l'accident d'automobile n'empêchaient pas l'appelant de travailler, que les blessures avaient guéri d'elles-mêmes peu après l'accident et que les problèmes médicaux actuels de l'appelant étaient apparus après l'accident et n'étaient pas attribuables à ce dernier.

La Commission a étudié le témoignage de l'appelant, les observations présentées par les deux parties et tous les documents médicaux figurant dans le dossier. Elle a accepté l'avis médical selon lequel il était raisonnable de supposer que si les symptômes actuels de l'appelant étaient apparus dès l'accident, l'appelant aurait cherché à se faire soigner immédiatement après l'accident, ce qui n'a pas été le cas. La Commission a également souscrit à l'argument selon lequel ce n'est qu'après avoir lui-même diagnostiqué une invalidité et renoncé à son emploi que l'appelant avait consulté un médecin concernant des symptômes relatifs à l'accident d'automobile. La Commission a par ailleurs accepté l'avis médical indiquant que, après que l'appelant eut quitté son emploi, toute lésion résultant de l'accident d'automobile était guérie au moment où l'appelant a consulté le médecin. La Commission a donc conclu que les blessures subies, le cas échéant, par l'appelant à l'occasion de l'accident d'automobile n'auraient pas empêché l'appelant de reprendre le travail et étaient guéries au moment où la SAPM a mis fin à l'indemnité de remplacement du revenu. La Commission a de plus conclu que les symptômes dont l'appelant se plaignait au moment où la SAPM a pris cette décision n'étaient pas attribuables à l'accident et qu'ils étaient apparus plusieurs mois après celui-ci.

La Commission a jugé que la SAPM avait interprété correctement la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* et la réglementation s'y rattachant en mettant fin au droit de l'appelant à l'indemnité de remplacement du revenu, et elle a confirmé la décision prise par l'agent de révision interne.

4. L'appelante a interjeté appel d'une décision prise par la SAPM à l'issue d'une révision interne, par laquelle la Société refusait d'accorder à l'appelante une prorogation du délai prévu pour le dépôt d'une demande de révision de la décision prise par le gestionnaire de cas. La SAPM avait décidé que l'appelante n'avait pas fourni d'excuse valable justifiant le non-respect du délai de 60 jours.

À la suite de blessures subies dans un accident d'automobile en 1998, l'appelante n'avait pas pu reprendre le travail et recevait de la SAPM des prestations du Régime de protection contre les préjudices personnels.

En mai 2002, le gestionnaire de cas a répondu par écrit à une demande visant le remboursement de dépenses diverses présentée par l'appelante. Le gestionnaire de cas indiquait que la SAPM ne rembourserait pas deux des factures. Il précisait de plus que le droit de l'appelante à d'autres prestations serait établi une fois qu'il aurait reçu des renseignements médicaux complémentaires. La lettre n'indiquait pas si la SAPM avait l'intention de rembourser les six autres dépenses présentées par l'appelante. La lettre informait l'appelante qu'elle avait 60 jours pour présenter à la SAPM, au moyen d'un formulaire, une demande de révision de la décision si l'appelante n'était pas satisfaite de cette dernière.

Compte tenu des tensions qui régnaient entre le gestionnaire de cas et l'appelante, la SAPM a demandé à un conseiller en réadaptation professionnel de servir de liaison entre ces deux personnes. En juin 2002, l'appelante a écrit au conseiller en indiquant qu'elle ne comprenait pas la décision du gestionnaire de cas concernant le remboursement des dépenses, à savoir lesquelles étaient acceptées et lesquelles étaient rejetées. L'appelante sollicitait des éclaircissements à cet égard afin de décider si elle interjetait appel ou pas. L'appelante demandait également à ce que, si l'information n'était pas disponible, on lui envoie les documents nécessaires pour interjeter appel. Au cours des semaines suivantes, elle est entrée en contact à plusieurs reprises avec le bureau du conseiller pour demander une réponse à sa demande de renseignements. En septembre 2002, le conseiller lui a fourni des précisions sur la décision du gestionnaire de cas.

Dans sa décision de mai 2003 concernant une autre question, l'agent de révision interne a indiqué qu'aucune demande de révision n'avait été déposée concernant la décision du gestionnaire de cas de mai 2002. L'appelante a répondu en présentant une demande de révision, affirmant que ses discussions avec le gestionnaire de cas au cours des mois suivant la décision devaient être considérées comme un appel. Elle soutenait qu'elle avait tenté pendant 80 jours d'obtenir des réponses à ses questions et qu'elle avait fini par renoncer. L'agent de révision interne a répondu qu'aucune demande de révision n'avait été présentée et que rien dans le dossier en cours de révision ne constituait une excuse valable justifiant le non-respect du délai prévu par la *Loi* pour le dépôt d'une demande de révision.

La Commission a constaté que la lettre envoyée par le gestionnaire de cas en mai 2002 était ambiguë et soulevait des interrogations que l'appelante devait tenter de faire éclaircir. La Commission a pris acte du fait que la lettre de l'appelante demandant des éclaircissements avait été envoyée dans le délai de 60 jours prévus pour la présentation d'une demande de révision. La Commission a de plus constaté que 97 jours s'étaient écoulés entre l'envoi de la lettre du gestionnaire de cas et la lettre d'explication, et que l'appelante n'avait jamais reçu du gestionnaire de cas les formulaires nécessaires pour présenter la demande de révision. La Commission a établi que la demande

d'éclaircissements faite par l'appelante avant le dépôt d'une demande de révision et la demande des formulaires nécessaires étaient raisonnables. La Commission a de plus jugé que le retard dans la communication des éclaircissements demandés et l'omission d'envoyer les formulaires nécessaires pour demander une révision n'étaient pas justifiés et avaient contribué directement au fait que l'appelante n'ait pas déposé de demande dans les délais prévus.

La Commission a conclu que la SAPM ne s'était pas acquittée de son obligation légale de conseiller et d'aider l'appelante de manière équitable et efficace à l'égard de son désir de contester la décision du gestionnaire de cas. En ce qui concerne le traitement injuste et déraisonnable accordé par la SAPM à l'appelante, la Commission a décidé que l'agent de révision interne avait eu tort de rejeter la demande de révision de l'appelante en invoquant le fait que le délai prévu n'avait pas été respecté. La Commission a de plus conclu que même si l'on jugeait que l'appelante n'avait pas présenté sa demande de révision dans les délais opportuns, la SAPM avait directement contribué au retard. En outre, le traitement déraisonnable accordé par la SAPM à l'appelante lorsque celle-ci a voulu contester la décision du gestionnaire de cas a exacerbé l'état psychologique de l'appelante, ce qui l'a empêché d'agir efficacement pendant cette période. La Commission était donc convaincue que l'appelante avait une excuse valable justifiant le fait qu'elle n'ait pas présenté de demande dans les délais opportuns. La Commission a ordonné que la demande de l'appelante soit renvoyée à l'agent de révision interne afin qu'une révision interne ait lieu conformément aux dispositions de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*.

Appels devant la Cour d'appel

Il est possible d'interjeter appel devant la Cour d'appel de décisions de la Commission, mais seulement sur un point de droit ou de compétence. Voici des exemples d'affaires où l'appelant a demandé l'autorisation d'appeler d'une décision de la Commission.

1. L'appelante a interjeté plusieurs appels concernant des points divers. Après avoir examiné la preuve documentaire disponible et entendu les observations présentées par l'appelant et par l'avocat de la SAPM, la Commission a jugé que l'appelante n'avait pas établi, selon la prépondérance des probabilités, que les diverses dépenses engagées dont elle demandait le remboursement auprès de la SAPM se rapportaient aux blessures attribuables à l'accident d'automobile ou étaient indemnisables en vertu de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* et de la réglementation s'y rattachant. La Commission a de plus conclu que la SAPM avait évalué correctement le droit de l'appelante à certaines indemnités de déficience permanente. La Commission a rejeté l'appel de l'appelante sur toutes les questions soulevées.

   L'appelante a présenté une demande d'autorisation d'appel devant la Cour d'appel en invoquant que la Commission avait outrepassé sa compétence et avait commis une erreur de droit en jugeant que l'appelante n'avait pas droit aux indemnités réclamées. La Cour d'appel a rejeté la demande en indiquant que tous les points soulevés par l'appelante se rapportaient à la demande d'indemnité découlant de blessures subies

lors d'un accident d'automobile. La Cour d'appel a de plus constaté que tous les points que l'appelante désirait soulever avaient un caractère factuel et que l'appelante n'avait établi aucun point de droit méritant d'être examiné par la Cour.

2. L'appelant a interjeté plusieurs appels concernant des points divers. Avant l'audience, l'appelant avait informé la Commission qu'il ne pouvait continuer de participer à l'instance, car la SAPM avait refusé de lui fournir toute l'information pertinente dont il avait besoin pour préparer l'appel.

   La Commission a convoqué une conférence préparatoire pour régler ce problème. Lors de cette réunion, la Commission a indiqué à l'appelant qu'elle lui avait transmis tous les documents reçus de la SAPM. L'avocat de la SAPM a déclaré que la Société n'avait retenu aucune information pertinente. L'appelant n'a pu donner à la Commission de détails précis concernant l'information à laquelle on lui aurait refusé accès, et s'opposait à ce que la Commission fixe une date pour l'audience de l'appel, car il estimait avoir besoin d'au moins un an pour se préparer.

   La Commission a fait savoir qu'elle avait fixé une date d'audience, compte tenu de la longue période qui s'était déjà écoulée depuis que l'appelant avait déposé une demande d'appel et des préoccupations sur le fait qu'un autre report pouvait nuire à la bonne tenue de l'audience. La Commission a également indiqué que, si l'appelant parvenait à déterminer les documents précis se rattachant à l'appel qui selon lui ne lui avait pas été transmis, il devait informer le bureau de la Commission pour qu'une enquête soit ouverte afin de trouver ces documents.

   Après la conférence préparatoire, l'appelant a envoyé par télécopieur à la Commission une lettre indiquant l'information qu'il demandait. La lettre a été transmise à la SAPM. En réponse, l'avocat de la Société a fait savoir que tous les documents avaient été fournis à l'appelant.

   Au cours de l'audience consacrée au bien-fondé de la demande, l'appelant a de nouveau demandé que d'autres documents lui soient remis. L'avocat de la SAPM a indiqué avoir fourni tous les documents auxquels l'appelant avait droit. L'appelant n'était pas satisfait de la réponse et a demandé un ajournement. La Commission a rejeté cette requête et a procédé à la tenue de l'audience. Mécontent de cette décision, l'appelant a quitté l'audience.

   L'audience consacrée au bien-fondé s'est poursuivie en l'absence de l'appelant. En ce qui concerne la preuve, la Commission a conclu que l'appelant n'avait pas établi selon la prépondérance des probabilités qu'il avait droit aux indemnités réclamées, et que la décision de la SAPM de mettre fin aux indemnités était justifiée.

   L'appelant a présenté une demande d'autorisation d'appel devant la Cour d'appel en invoquant que la Commission ne lui avait pas permis d'obtenir les documents pertinents se rapportant à l'appel. La Cour d'appel a jugé qu'aucun point de droit ou de compétence n'avait été soulevé. Plus précisément, la Cour a indiqué que la

Commission avait clairement répondu aux préoccupations de l'appelant concernant la divulgation de l'information et que ces préoccupations ne soulevaient aucun point de droit ou de compétence.

Objectifs de rendement

La Commission s'attache à entendre et à trancher les appels de manière équitable, exacte et raisonnablement opportune, et elle a dans ce contexte établi des objectifs de rendement.

- L'objectif de rendement pour la préparation du dossier indexé des documents à utiliser à l'audience est de cinq semaines après la réception du dossier de la SAPM et de tous les autres documents.
- L'objectif de rendement pour l'établissement de la date des audiences est de six à huit semaines à partir du moment où les parties informent la Commission de leur intention d'aller de l'avant.
- L'objectif de rendement pour la communication des décisions écrites est de six semaines après l'audience et la réception de toute l'information nécessaire.

La Commission continue d'enregistrer un volume élevé d'appels interjetés. Ce volume élevé s'est traduit par les délais moyens de traitement suivants en 2004-2005 : 18 semaines pour préparer le dossier indexé et 12 semaines entre le moment où les parties se déclarent prêtes à aller de l'avant avec une audience et la date réelle de l'audience. La Commission est consciente du fait qu'elle n'a pas atteint ses objectifs de rendement et déploie tous les efforts possibles pour régler ce problème. Du personnel supplémentaire suit actuellement une formation sur la préparation des dossiers indexés. Le recrutement d'un commissaire en chef adjoint a mené à une augmentation du nombre d'audiences tenues. Le délai moyen pour la communication des décisions écrites à l'issue des audiences est de 4,4 semaines.

Développement durable

La Commission s'est engagée envers le plan de pratiques d'approvisionnement durable de la Province du Manitoba. Le personnel de la Commission est conscient des avantages de l'approvisionnement suivant les principes de développement durable. La Commission utilise des produits à privilégier lorsque cela est possible et elle participe à un programme de recyclage pour les déchets non confidentiels.